

и поясничных позвонков 102. У 15 со злокачественными опухолями позвоночника и 70 с осложненными спондилолистезами. Для спондилодеза использовали «кейджи» и транспедикулярные фиксаторы. Качество жизни больных определяли по шкале Карновского. Динамическая наблюдения через 6 и 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Применение фиксирующих систем позволяет приступить к ранней реабилитации и отказаться от дополнительной внешней иммобилизации. Результаты лечения и показатели качества жизни зависели от многих причин, главной их которых является характер и глубина повреждения спинного мозга. Однако применение погружных систем внутренней фиксации позвонков значительно облегчает качество жизни и процесс медицинской реабилитации — практически с 1-го дня после операции (в среднем на 10—20% по шкале Карновского) при травматических повреждениях и шейном остеохондрозе. А у больных с опухолевым поражением тел позвонков (при минимальной заинтересованности спинного мозга) качество жизни улучшается вплоть до 60—80% по шкале Карновского.

Опухоли спинного мозга, его оболочек, СМН с разрушением позвоночника. Качество жизни пациентов

*Поляков Ю.Ю., Гуляев Д.А.,
Тастанбеков М.М.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,
г. Санкт-Петербург, 191104,
ул. Маяковская, д. 12,
тел. 8 10-7-812 2729819,
polyakovspb@yandex.ru*

Цель. Определение уровня социальной адаптации и качества жизни у пациентов с опухолями спинного мозга.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 63 больных оперированных в ФГУ РНХИ имени профессора А.Л. Поленова на отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга в период 2002—2006гг. Возрастная группа от 18 до 76 лет. Средний возраст составил 45 лет. На трудоспособный возраст от 20 до 40 лет приходится 36,5% заболевших.

По уровню поражения: шейный отдел 23 (36,5%); грудной отдел 17 (26,9%); поясничный отдел 21 (33,3%); крестцовый отдел 2 (3,2%).

Состояние при поступлении: компенсированное 53 (84,1%), субкомпенсированное 9 (14,3), декомпенсированное 1 (1,6%).

Клиническая картина представлена основными симптомами: болевой синдром 47 (74,6%); нарушение чувствительности 24 (38,0%); нарушения функции тазовых органов 44 (69,8%); двигательные нарушения 63 (100%).

По шкале Карновского 90—80 баллов имели 9 (14,3%), 70—60 баллов — 26(41,3%), 60—50 баллов — 22 (34,9%) и менее 50 баллов — 6 (9,5%) больных.

По показателю Бартеля для функциональной оценки сохранности навыков больного используется сумма очков, которая при полной независимости пациента достигает 100. Сумма баллов, меньшая или равная 20, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале и высокой зависимости больного от посторонней помощи, а равная или превышающая

60 баллов позволяет считать возможным значительное восстановление функционального статуса больного.

Результаты и их обсуждения. В дооперационный период 9 пациентов (95 баллов), 26 пациентов (80 баллов), 22 пациента (50 баллов), 6 пациентов (45 баллов). В послеоперационном периоде реабилитационный потенциал составил более 60 баллов практически в 100% случаев.

Вывод. Раннее выявление заболевания, правильная хирургическая тактика включая адекватную стабилизацию позвоночника, консервативную терапию в послеоперационном периоде, позволило повысить реабилитационный потенциал пациентов, уровень социальной адаптации и качество жизни.

Цифровая вертебротермография в оценке качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита

*Семисалов С.Я., Абашии Г.В.,
Семисалова В.С.*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110,
а/я 1412, 307-81-35; serg1948@yandex.ru*

Цель. Определить эффективность объективизации качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита у 15 больных. Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинико-рентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. При поступлении в нейрохирургический стационар и перед выпиской после операции проводилась цифровая вертебротермография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-эксперт» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

Результаты и обсуждение. У всех больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом перед оперативным вмешательством при выполнении цифровой вертебротермографии выявлялась асимметрия температуры кожи. Причем в 3 случаях преобладание температуры кожи со стороны протрузии диска составляла до 1,5 раз. В послеоперационном периоде в большинстве случаев асимметрия кожной температуры хотя и отмечалась, но степень асимметрии была значительно менее выражена.

Выводы. Одним из признаков качества жизни больных, оперированных по поводу протрузии диска в пояснично-крестцовом отделе является нормализация выраженности вегетативных нарушений в виде уменьшения разницы кожной температуры в паравертебральной области. Проведение цифровой вертебротермографии у больных с протрузией диска в пояснично-крестцовой области помогает проводить динамический контроль за объемом и эффективностью консервативного лечения в послеоперационном периоде и является одним из критериев оценки качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита.